



41

**FIJA ÁREAS PRIORITARIAS Y COMPROMISOS AÑO 2022  
EFECTOS DE LA ASIGNACIÓN POR EL CUMPLIMIENTO  
ANUAL DE METAS PRODUCCIÓN Y CALIDAD A QUE SE  
REFIERE EL ARTÍCULO 12 DE LA LEY Nº 20.707**

Subsecretaría de Redes Asistenciales  
Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales  
Departamento de Control de Gestión



RESOLUCIÓN EXENTA Nº 736 /

Santiago, 29 SEP 2021

**VISTOS:** Lo dispuesto en el DFL Nº 1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley Nº 2763, de 1979 y de las leyes Nº 18.933 y Nº 18.469; La Ley Nº 20.707; el decreto supremo Nº 136 de 2004, del Ministerio de Salud, reglamento orgánico del Ministerio de Salud; El decreto Nº 172, de 2014, del Ministerio de Salud que Aprueba reglamento para el pago de la asignación por cumplimiento anual de metas de producción y de calidad a que se refiere el artículo Nº 12 de la ley 20.707; Resolución Nº7 del 2019 de la Contraloría General de la República que fija normas sobre exención del trámite de Toma de Razón, dicto lo siguiente:

**CONSIDERANDO:**

**1º** Que la Ley Nº 20.707, regula incentivos remuneracionales a favor de los profesionales de los Servicios de Salud que indica, entre los que cuenta una asignación asociada al cumplimiento anual de metas de producción y de calidad, que beneficia a profesionales funcionarios que desempeñen cargos de 28 horas semanales regidos por la Ley Nº 15.076; y a profesionales funcionarios que se encuentren liberados de la obligación de prestar servicios de guardia nocturna y en días domingo y festivos, en conformidad al artículo 44 de la Ley Nº 15.076 que se desempeñan en las unidades que se indican, y cumplan con las demás condiciones que se establecen en el artículo 12 de esa Ley.

**2º** Que, a fin de otorgar la asignación asociada al cumplimiento anual de metas de producción y de calidad, corresponde que la Subsecretaría de Redes Asistenciales defina las áreas prioritarias y los objetivos globales o compromisos que deberán cumplir durante el año siguiente los Servicios de Salud, indicando las metas e indicadores de producción y calidad por unidad de desempeño.

**3º** Que, sobre las bases de las áreas prioritarias y objetivos globales definidos por esta Subsecretaría, los directores de los Servicios de Salud deben celebrar un convenio con los directores de establecimientos de su dependencia que debe contener las metas pertinentes y relevantes asociadas a producción y calidad con sus correspondientes indicadores, ponderadores y mecanismos de verificación.

**4º** Que los convenios indicados en el numeral precedente deben propender a mejorar la calidad, eficiencia y acceso de la población en la atención de salud otorgada por los profesionales indicados.

5º que en el mérito de lo señalado y memorándum C16 N° 18 del 04 de junio de 2021 de esta Subsecretaría, dicto la siguiente:

## RESOLUCIÓN

1º Fijase las áreas prioritarias y objetivos que deberán cumplir los Servicios de Salud, en el periodo comprendido entre el 1º de enero al 31 de diciembre del 2022, para efectos de la asignación asociada al cumplimiento anual de metas de producción y calidad en la forma que sigue:

### Áreas de Producción

Objetivo: mantener y mejorar la calidad de las prestaciones otorgadas a la población, procurando desarrollar actividades de acuerdo con las normas y protocolos establecidos para ello.

Cumplir con los estándares generales de calidad de la atención, de la actividad quirúrgica y de hospitalización en los establecimientos de los Servicios de Salud, por medio de la revisión permanente de prácticas de trabajo, eficacia en el uso de los recursos, además de la implementación y aplicación de normas de calidad y seguridad del paciente definidos por el Ministerio de Salud.

### 1. Área de Producción

#### 1.1. Atención dentro del tiempo estándar a consultantes categorizados como C2 y/ o ESI2 en las Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH)

OBJETIVO DEL PROCESO	Asegurar la oportunidad de atención dentro de 30 minutos a las personas consultantes de las UEH, que de acuerdo con su complejidad y gravedad son categorizados como pacientes C2 y/o ESI2.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de atención pacientes categorizados como C2 y/o ESI2 en los tiempos según estándar en las Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH)				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número total de pacientes C2 y/o ESI2 que se atienden en 30 minutos o menos en la UEH	Corresponde al número de pacientes atendidos en 30 minutos o menos y que fueron categorizados como C2 con la herramienta de Selector de Demanda Discrecional y/o ESI2 con la herramienta de Selector de Demanda Estandarizado EMERGENCY SEVERITY INDEX (ESI), esto considerando el selector que esté implementado en el establecimiento. En aquellos establecimientos en proceso de implementación de ESI, deben sumar los pacientes C2 y ESI2 para el cumplimiento del indicador.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			

	Número total de pacientes C2 y/o ESI2 atendidos en la UEH	Corresponde al número total de pacientes atendidos que fueron categorizados como C2 con la herramienta de Selector de Demanda Discrecional y/o ESI2 con la herramienta de Selector de Demanda Estandarizado EMERGENCY SEVERITY INDEX (ESI), esto considerando el selector que esté implementado en el establecimiento. En aquellos establecimientos en proceso de implementación de ESI, deben sumar los pacientes C2 y ESI2 para el cumplimiento del indicador.	Resultado	Eficiencia	Aplica a establecimientos con UEH con tipo de consultante niños y adultos. No aplica a consulta obstétrica
<b>INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR</b>					
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>META ANUAL</b>	<b>PERIODICIDAD</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN</b>		<b>RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS</b>
Porcentual	≥ 90%	Anual	Reporte emitido por la Unidad de Emergencia Hospitalaria del establecimiento que identifique el total de pacientes categorizados C2 y/o ESI2, hora de categorización y hora de primera atención médica, considerando los registros según tabla 1 presentada en observaciones del indicador en Orientaciones Técnicas.		SERVICIOS DE SALUD
<b>OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS</b>				<b>FÓRMULA DE CÁLCULO</b>	
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud				$\left( \frac{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes C2 y/o ESI2 que se atienden en 30 minutos o menos en la UEH}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes C2 y/o ESI2 atendidos en la UEH}} \right) * 100$	

## 1.2. Donación y Procuramiento de Órganos

<b>OBJETIVO DEL PROCESO</b>	Potenciar la notificación/pesquisa de posibles/potenciales donantes a la Coordinación Local de Procuramiento del establecimiento de salud o de la red, para contribuir al incremento de donantes efectivos del país.				
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	Porcentaje de Notificación/Pesquisa de Posibles/Potenciales Donantes de Órganos para trasplantes.				
	<b>A- VARIABLE 1</b>	<b>DESCRIPCIÓN VARIABLE 1</b>	<b>DATOS DEL INIDICADOR</b>		
<b>FÓRMULA DEL INDICADOR</b>	Para UEH adulto y pediátrico: Número de Posibles/Potenciales Donantes, entre 6 meses a 78 años, notificados/pesquisados a la Coordinación Local de Procuramiento del establecimiento de salud o de la red	En las unidades de emergencia hospitalarias pediátricas y/o adultos, corresponde al número de Posibles/Potenciales Donantes, entre 6 meses a 78 años, notificados/pesquisados a la Coordinación Local de Procuramiento del establecimiento de salud o de la red	<b>TIPO DE INDICADOR</b>	<b>DIMENSIÓN DEL INDICADOR</b>	<b>A QUE ESTABLECIMIENTOS LE APLICA</b>
	Para UPC, Ucis, UTI e intermedio adulto y pediátrico: Número de Posibles/Potenciales Donantes, entre 6 meses a 78 años, notificados/pesquisados a la Coordinación Local de Procuramiento del	En las UPC, Ucis, UTI e intermedio adulto y pediátrico, corresponden al número de Posibles/Potenciales Donantes, entre 6 meses a 78 años, notificados/pesquisados a la Coordinación Local de Procuramiento del			

	establecimiento de salud o de la red	establecimiento de salud o de la red			
	<b>C- VARIABLE 3</b>	<b>DESCRIPCIÓN VARIABLE 3</b>			
	Para UEH adulto y pediátrico: Total de egresos fallecidos en UEH adulto y pediátrico, por causa neurológica, entre 6 meses a 78 años, reportados en GRD	En las unidades de emergencia hospitalarias adultos y/o pediátricas, corresponden al total de egresos fallecidos, por causa neurológica, entre 6 meses a 78 años, reportados en GRD.	Eficacia	Proceso	Alta y mediana complejidad
	<b>D- VARIABLE 4</b>	<b>DESCRIPCIÓN VARIABLE 4</b>			
	Para UPC, Ucis, UTI e intermedio adulto y pediátrico: Total de egresos fallecidos en la UPC, Ucis, UTI e intermedio adulto y pediátrico, por causa neurológica, entre 6 meses a 78 años, reportados en GRD	En la UPC, Ucis, UTI e intermedio adulto y pediátrico; corresponden al total de egresos fallecidos en la UPC, Ucis, UTI e intermedio adulto y pediátrico, por causa neurológica entre 6 meses a 78 años, reportados en GRD.			
<b>INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR</b>					
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>META ANUAL</b>	<b>PERIODICIDAD</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN</b>	<b>RESPONSABLE DE MEDICION Y ANALISIS</b>	
Porcentual	≥90% o aumento de 30 puntos porcentuales a partir de su línea base año 2021	Anual	Informe de validación elaborado por la Coordinación Local de Procuramiento del establecimiento o de la red, en el cual incluya como numerador, las estadísticas reportadas por la Coordinación Local de Procuramiento del establecimiento o de la red, y en el denominador el Reporte GRD.	SERVICIO DE SALUD	
<b>OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS</b>				<b>FÓRMULA DE CÁLCULO</b>	
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud				$\left[ \left( \frac{\text{N}^\circ \text{ de Posibles/potenciales Donantes, entre 6 Meses a 78 años, notificados/pesquisados a la Coordinación Local de Procuramiento por UEH}}{\text{N}^\circ \text{ total de egresos fallecidos, por causa neurológica, entre 6 meses a 78 años, reportados por UEH en GRD}} \right) + \left( \frac{\text{N}^\circ \text{ de Posibles /potenciales Donantes, entre 6 meses a 78 años, notificados/potenciales a la Coordinación Local de Procuramiento por UPC, Ucis e intermedio}}{\text{N}^\circ \text{ total de egresos fallecidos en la UPC, Ucis e intermedio entre 6 meses a 78 años, reportados en GRD}} \right) \right] * 100$	

**2. Área de Producción y Calidad Centro Regulador del Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU) del Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC)**

**2.1. Regulación médica de solicitudes de transporte secundario según protocolo establecido en el Centro Regulador del Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU) del Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC)**

OBJETIVO DEL PROCESO	Realizar transporte secundario cuya regulación debe ser realizada por un médico según protocolo establecido en el Centro Regulador del SAMU perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Central.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de solicitudes de transporte secundario reguladas por médico según protocolo.				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número solicitudes de transporte secundario reguladas por médico según protocolo en el año t.	Corresponde al número de solicitudes de transporte secundario que fueron reguladas por un médico del Centro Regulador del SAMU perteneciente al SSMC según aspectos establecidos en protocolo en el año t.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Número total de solicitudes de transporte secundario en el año t.	Corresponde al número total de solicitudes de transporte secundario realizadas al Centro Regulador del SAMU perteneciente al SSMC en el año t.	Producción	Calidad	Centro Regulador del SAMU perteneciente al SSMC
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN		RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS
Porcentual	100%	Anual	Planilla de cumplimiento del indicador de acuerdo con datos del reporte del sistema de información del Centro Regulador y validada por el Servicio de Salud Metropolitano Central		SERVICIO DE SALUD
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS				FÓRMULA DE CÁLCULO	
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud				$\left( \frac{\text{N}^{\circ} \text{ solicitudes de transporte secundario reguladas por médico según protocolo en el año t}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de solicitudes de transporte secundario en el año t}} \right) * 100$	

**2.2. Actualización de conocimientos ACLS – Apoyo Vital Cardiopulmonar Avanzado a médicos del Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU) del Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC)**

OBJETIVO DEL PROCESO	Actualización continua de los médicos del SAMU perteneciente al SSMC según vigencia y avances en tecnología y técnicas de ACLS – Apoyo Vital Cardiopulmonar Avanzado.		
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de médicos con capacitación actualizada en ACLS o símil.		
	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR

FÓRMULA DEL INDICADOR	Número de médicos con capacitación actualizada en ACLS o símil.	Corresponde al número de médicos con capacitación actualizada en ACLS o símil en el año t.		TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2				
	Número total de médicos SAMU.	Corresponde al número de médicos de la dotación total del SAMU.		Proceso	Calidad	SAMU perteneciente al SSMC
<b>INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR</b>						
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS		
Porcentual	≥ 80%	Anual	Certificado de capacitación emitido por la unidad de capacitación del Servicio de Salud Metropolitano Central con el porcentaje de cumplimiento y número de médicos capacitados en ACLS o símil.	SERVICIO DE SALUD		
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS				FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud				(Nº de médicos con capacitación actualizada en ACLS o símil/ Nº total de médicos SAMU) *100		

### 2.3. Utilización de identificación funcionaria por los médicos del Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU) del Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC)

OBJETIVO DEL PROCESO	Uso permanente de la identificación funcionaria de cada médico del SAMU perteneciente al SSMC.					
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de médicos con identificación.					
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1		DATOS DEL INDICADOR		
	Número de médicos con identificación (nombre y apellido)	Corresponde al número de médicos del SAMU perteneciente al SSMC que se les constató uso de identificación (nombre y apellido) en el año t.		TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2				
Número total de médicos SAMU	Corresponde al número total de médicos del SAMU perteneciente al SSMC en el año t.		Proceso	Calidad	SAMU perteneciente al SSMC	
<b>INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR</b>						
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS		
Porcentual	100%	Anual	Certificado de cumplimiento firmado por el Departamento de Calidad del Servicio de Salud Metropolitano Central.	SERVICIO DE SALUD		
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS				FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud				(Nº de médicos con identificación (nombre y apellido) / Nº total de médicos) *100		

### 3. Área de Calidad

#### 3.1. Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través de la evaluación de uso consentimiento informado.

OBJETIVO DEL PROCESO	Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través de la evaluación de uso consentimiento informado en cirugía mayor de acuerdo con las normas y protocolos establecidos.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de pacientes intervenidos de cirugía mayor que cumplen con registro de consentimiento informado				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INIDICADOR		
	Nº de pacientes intervenidos de cirugía mayor, que cumplen con consentimiento informado según protocolo	Corresponde a los pacientes intervenidos de cirugía mayor que cumplen con consentimiento informado según protocolo local.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
Nº Total de cirugías mayores	Corresponde al Número total de cirugías mayores.	Proceso	Calidad	Alta y mediana complejidad	
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICION Y ANALISIS	
Porcentual	≥80%	Semestral	Sistema de Acreditación, DP 2.1 según orientaciones Técnicas.	Jefe Servicio /Unidad Quirúrgica comprometida	
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS				FÓRMULA DE CÁLCULO	
Objetivo 1, 2 Y 5 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.				(Nº de pacientes intervenidos de cirugía mayor, que cumplen con consentimiento informado según protocolo / Nº Total de cirugías mayores) *100	

#### 3.2. Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través de la correcta aplicación de los criterios de ingreso a Unidades Críticas

OBJETIVO DEL PROCESO	Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través de la correcta aplicación de los criterios de ingreso a Unidades Críticas de acuerdo a las normas y protocolos establecidos				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de pacientes ingresados a UPC con correcta aplicación de criterios de ingreso.				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INIDICADOR		
	Nº de pacientes ingresados a UPC que cumplen con la correcta aplicación de criterios de ingreso	Cumplimiento criterios de ingreso a UPC según protocolo local	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
Nº de pacientes ingresados a UPC	Base de datos pacientes ingresados a UPC	Proceso	Calidad	Alta y mediana complejidad	
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICION Y ANALISIS	
Porcentual	≥80%	Semestral	Sistema de Acreditación, GCL 1.5 según Orientaciones Técnicas.	Jefe Servicio /Unidad Paciente Critico comprometido	
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		

Objetivo 1, 2 Y 3 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.	(Nº de pacientes ingresados a UPC que cumplen con la correcta aplicación de criterios de ingreso / Nº de pacientes ingresados a UPC) *100
---	---

### 3.3. Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través de la capacitación actualizada

OBJETIVO DEL PROCESO	Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través de la capacitación actualizada de los profesionales en prevención de IAAS				
NOMBRE DEL INDICADOR	Capacitación actualizada en precauciones estándares de IAAS a médicos Ley 15.076				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Nº de médicos (Ley 15.076) con capacitación actualizada en IAAS	Capacitación actualizada en IAAS médicos (Ley 15.076)	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
Nº de médicos que deben capacitarse (Ley 15.076)	Registro de médicos (Ley 15.076) que deben capacitarse en IAAS actualizada	Proceso	Calidad	Alta, mediana y baja complejidad	
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICION Y ANALISIS	
Porcentual	≥80%	Anual	Sistema de Acreditación, RH 3.1 según Orientaciones Técnicas.	Jefe Servicio /Unidades comprometidas	
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 1, 2 Y 3 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales			(Nº de médicos (Ley 15.076) con capacitación actualizada en IAAS / Nº de médicos que deben capacitarse (Ley 15.076)) *100		

### 3.4. Mejorar la continuidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, mediante la entrega de turno

OBJETIVO DEL PROCESO	Mejorar la continuidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, mediante el traspaso de información relevante del paciente entre profesionales médicos.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje entrega de turno médico con registro según protocolo				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Numero de entregas de turno médico con registro según protocolo local	Corresponde al número de entregas de turno médico con registro según protocolo local.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
Nº total de entregas de turno del periodo	Corresponde al total de entregas de turno médico	Proceso	Calidad	Alta y mediana complejidad	
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICION Y ANALISIS	
Porcentual	≥80%	Semestral	Sistema de Acreditación, AOC 2.2 según Orientaciones Técnicas.	Jefe Servicio /Unidades clínicas comprometidas	
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 1, 2 Y 3 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales			(Nº entrega de turno médico con registro según protocolo local/ Nº total de entregas de turno del periodo) *100		

### 3.5. Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través de evaluación de los registros de atenciones de urgencia

OBJETIVO DEL PROCESO	Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través del cumplimiento de los registros de atenciones de urgencia, de acuerdo a las normas y protocolos establecidos.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de cumplimiento de registros clínicos mínimos en DAU				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INIDICADOR		
	Nº de DAU con registros mínimos	Corresponde al número de DAU con registro mínimos según protocolo	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Nº total de DAU	Corresponde al total de DAU	Proceso	Calidad	Alta, mediana y baja complejidad
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICION Y ANALISIS	
Porcentual	≥80%	Semestral	Sistema de Acreditación, REG 1.2 según Orientaciones Técnicas.	Jefe Servicio /Urgencia comprometido	
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 1, 2 Y 3 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales			$(\text{N}^\circ \text{ de DAU con registros mínimos} / \text{N}^\circ \text{ total de DAU}) * 100$		

### 3.6. Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través del cumplimiento de registros clínicos.

OBJETIVO DEL PROCESO	Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través del cumplimiento del registro de protocolo operatorio de acuerdo a las normas y protocolos.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de cumplimiento de registros clínicos mínimos en protocolo operatorio				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INIDICADOR		
	Número de protocolo operatorios con registros mínimos	Corresponde al número de protocolos operatorios con registros mínimos según protocolo local.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Número total de protocolos operatorios	Corresponde al total de protocolos operatorios.	Proceso	Calidad	Alta y mediana complejidad
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICION Y ANALISIS	
Porcentual	≥80%	Semestral	Sistema de Acreditación, REG 1.2 según Orientaciones Técnicas.	Jefe Servicio /Unidades clínicas comprometidas	
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 5 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales			$(\text{N}^\circ \text{ de protocolos operatorios con registros mínimos} / \text{N}^\circ \text{ total de protocolos operatorios}) * 100$		

### 3.7. Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través del manejo de dolor agudo

OBJETIVO DEL PROCESO		Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a pacientes quirúrgicos a través del manejo de dolor agudo de acuerdo protocolo local.			
NOMBRE DEL INDICADOR		Porcentaje de pacientes quirúrgicos que cumplen con registro indicación médica de manejo de dolor agudo según protocolo.			
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INIDICADOR		
	Número de pacientes intervenidos quirúrgicamente que cumplen con registro indicación médica de manejo de dolor agudo	Corresponde al número de pacientes quirúrgicos con registro indicación médica de manejo de dolor según protocolo.	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	A que establecimientos aplica
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2	Proceso	Calidad	Alta, mediana y baja complejidad
Número total pacientes intervenidos quirúrgicamente	Corresponde al total de pacientes quirúrgicos.				
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICION Y ANALISIS	
Porcentual	≥80%	Semestral	Sistema de Acreditación, GCL1.3 según Orientaciones Técnicas.	Jefe Servicio /Unidad Quirúrgica comprometida	
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 5 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales			$\left( \frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes intervenidos quirúrgicamente que cumplen con registro indicación médica de manejo de dolor agudo}}{\text{N}^\circ \text{ total pacientes intervenidos quirúrgicamente}} \right) * 100$		

**2º Suscríbese** en el último trimestre del año 2021, el respectivo convenio entre el director del Servicio de Salud y el director del Establecimiento de Salud a que pertenecen las unidades de desempeño, el que deberá contener las metas específicas asociadas a la producción y calidad de cada una de las unidades, con sus correspondientes indicadores, ponderadores y medios de verificación, y en concordancia con las áreas prioritarias y objetivos establecidos en el numeral anterior.

**3º Corresponderá** a la Subsecretaría de Redes Asistenciales instruir a los Servicios de Salud para que suscriban los compromisos, en los plazos y la forma que corresponda, y demás aclaraciones que resulten pertinentes, debiendo visar las resoluciones que aprueban los convenios suscritos entre el director del Servicio de Salud y Establecimiento, para ello, los Servicios remitirán a la Subsecretaría los convenios suscritos con sus respectivos antecedentes.

**4º Declárase** que la evaluación de cada una de las unidades de desempeño tiene por objeto determinar el grado de cumplimiento de las metas fijadas, a través de la medición de los indicadores establecidos en los respectivos convenios.

**5º Corresponderá** al Departamento de Auditoría Ministerial, o a la unidad designada para estos efectos, sobre la base de la información que proporcione la unidad encargada de efectuar la evaluación del cumplimiento de las metas del establecimiento que corresponda, y su resultado se formalizará en una resolución de la Subsecretaría de Redes Asistenciales dictada al 15 de febrero de 2023. La información entregada debe incorporar todos los mecanismos de

verificación y evaluación necesarios para acreditar el efectivo cumplimiento de las metas asignadas a las respectivas unidades de desempeño.

El porcentaje de cumplimiento de cada indicador se considera 100% si es mayor o igual a 95% y 0% si es menor a 75%. Si el porcentaje de cumplimiento del indicador es desde 75% a 94%, se asignará el ponderador proporcional al porcentaje cumplido.

Todo hecho de carácter excepcional, imprevisto y no conocido a la época de formulación de la meta fijada, que impida o comprometa gravemente el cumplimiento de una o más de ellas, deberá constar en forma pormenorizada en el informe a que se refiere el inciso primero del artículo 9 del Decreto 172 promulgado el año 2014 del Ministerio de Salud, al que deberán adjuntar los antecedentes y documentos que permitan acreditar su ocurrencia y las tres condiciones indicadas.

Con base en lo dispuesto en el párrafo anterior, el director del Servicio de Salud, a petición del director del establecimiento de su dependencia, podrá solicitar al Subsecretario de Redes Asistenciales la revisión y calificación de la situación con el objeto de modificar prudencialmente el resultado de la evaluación, dentro del máximo grado de cumplimiento previsto para la o las metas que hayan quedado sin cumplimiento total o parcial.

**6º Señálese** que los Servicios de Salud podrán justificar el incumplimiento de los indicadores comprometidos por motivos de causa externa. El análisis de causa externa que justifique el incumplimiento de un objetivo de gestión se realizará en función del mérito de cada caso, debiendo estar fundamentado el efecto del factor externo tiene en dicho incumplimiento. Asimismo, deberá cuantificar la incidencia del factor externo o realizar una aproximación si ello no fuere factible.

Sólo se considerará en el análisis del incumplimiento de un objetivo de gestión, la existencia de causas externas calificadas y no previstas que limiten seriamente el logro de los objetivos de gestión, tales como hechos fortuitos comprobables, pandemia, catástrofes y cambios de legislación, como también las reducciones presupuestarias externas al Ministerio de Salud, siempre que afectaren ítems relevantes para el cumplimiento.

**7º Recaerá** en el director de Servicio de Salud, o del establecimiento, según corresponda, fijar durante los primeros 10 días del mes de marzo del año 2023, los porcentajes a pagar por concepto de la asignación, el que podrá ser diferenciado por establecimiento y unidades, según sea el nivel de cumplimiento de las metas, o ambas conjuntamente. Con todo, este porcentaje deberá ser el mismo para todos los profesionales funcionarios de la respectiva Unidad afectos a esta asignación.

**8º Declárase** que el pago de la asignación debe realizarse en cuatro cuotas, en los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre del año 2023. El monto de cada una de las cuotas, que beneficia a los profesionales funcionarios que se hayan desempeñado en las respectivas unidades, será de acuerdo al grado de cumplimiento de las metas que corresponda.

**9º Corresponderá** al Departamento de Control de Gestión de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y a los referentes técnicos de las divisiones de la Subsecretaría, entregar las orientaciones técnicas, certificaciones y especificaciones necesarias para el correcto monitoreo y el cumplimiento de las referidas metas.

**ANÓTESE Y COMUNÍQUESE**



**Distribución:**

- Directores de Servicios de Salud del país.
- Subdirectores de Recursos Humanos, Servicios de Salud del país.
- Gabinete Ministro de Salud.
- Gabinete Subsecretaría de Salud Pública.
- Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- División de Gestión de Red Asistencial.
- División de Gestión y Desarrollo de las Personas.
- Oficina de Partes Minsal.